경부강의 지방종

연세대학교 의과대학 이비인후과학교실
최은창 · 권오휘 · 김은서
아주대학교 의과대학 이비인후과학교실
김 창 규

= Abstract =

Lipoma of the Deep Neck Space

Eun Chang Choi, M.D., Oh Hwi Kwon, M.D., Eun Seo Kim, M.D.
Department of Otolaryngology, College of Medicine, Yensei University, Seoul, Korea
Chang Kyu Kim, M.D.
Department of Otorhinolaryngology, College Medicine, Ajou University, Suwon, Korea

Lipoma is a common tumor throughout the body, but occurrence in the deep neck space is very rare, and only some cases have been reported by otolaryngologist and pathologist for the last century. In head and neck area, as elsewhere, the lipoma is mainly originated from the subcutaneum. But in deeper tissues, its characteristics are different from those of other sites of lipoma. Submucosal lipoma in the head and neck area usually occur in oral cavity and hypopharynx.

Recently we hae experienced 3 cases of deep neck space lipoma, so we report our clinical experiences with brief review of literature. **(Korean J Otolaryngol 40 : 1, 1997)**

KEY WORDS : Lipoma · Deep neck · space.

서 론

지방종은 지방조직이 존재하는 신체 여러 부위에서 흔히 발생하는 양성종양으로 대부분 피하조직[3]에서 발생한다. 두경부 영역의 지방종도 피하조직에 호발하지만 드물게는 점막하에 발생하기도 한다. 이중 인두나 그 주위에 발생된 예는 매우 드물게 보고되고 있으며, 특히 경부강에 발생하는 지방종은 그 임상특성이 피하의 것과는 다르다고 보고되고 있다[8]. 인두에 발생하는 지방종은 비인두, 후인두, 하인두, 부인두(parapharynx)등 해부학적 위치에 따라 분류할 수[8] 있는데 Putney와 Fry(1940)등이 15예, Toppazada와 Gaafar(1975)들이 1예의 섬유지방종과 Paulsen(1972)이 후인두종양 3예를 기술하였으나[11] 아직까지 우리나라에서는 보고된 예가 없다. 저자는 최근 후인두강과 부인두강에 발생한 지방종 3례를 경험 하였기에 문헌고찰과 함께 보고하는 바이다.

논문접수일 : 1996년 7월 18일
심사통과일 : 1996년 11월 6일

증 례

증 례 1 :

75세 남자환자로 약 3개월간의 인후두 불편감을 호소하여 본원 외래에 내원하였다. 내원당시 환자는 인후두 이물감 및 다빈도의 흡인, 경도의 호흡곤란을 동반하고 있었고 연하곤란은 없었다. 과거력 및 가족력상 특이소견은 없었다. 이학적 검사상 구인두 후벽에 평활한 팽대 소견이 있었으며 이는 구인두의 상연에서 부터 시작하여 하방으로 확장 되었으며 점막은 정상 소견이었다. 이 점막하 종괴에 의하여 구인두 후벽과 후두개의 상연이 거의 접해 있었으며 이로 인하여 간접 후두경 검사상 후두의 정확한 관찰이 어려웠다. 촉진되는 경부 종괴는 없으나 Valsalva시 양측 경부 팽대 소견이 있었다. 경부 전산화단층촬영 소견상 다엽의 지방질 밀도의 종괴가 후인두강(retropharyngeal space)에서 관찰되었으며 이는 양측 흉쇄유돌근과 경동맥초의 구조물을 외측으로 전위시키고 있었다 (Fig. 1). 종괴의 상연은 위로 구인두에서 아래로는 흉골 상부 위치까지 확장 되어서 식도 및 후두를 전반적으로 전방전위 시키고 있었으나 비정상적인 조영제 증가 병소는 없었다. 입원 3일째 기관절개를 통한 전신마취하에 종양을 적출하였다. 경부의 절개는 양측에서 접근하기 위하여 Apron 피판을 올린후 우측 흉쇄유돌근과 흉골설골근사이의 근막을 흉쇄유돌근의 전연을 따라 절개하자 피낭형성이 잘 된 황색 연부 종괴를 관찰할 수 있었다. 종괴의 뒤쪽 박리를 진행하여 경동맥초와 추전근막(prevertebral fascia)과 박리하였고 내측으로는 협인두근막과 박리하였다. 이때 종괴는 인두근의 근섬유 사이로 함입되어 있어 박리시 세심한 주의를 요하였다. 이 종괴는 상부로는 구인두 상연 위치와 하부로는 쇄골 상부까지, 인두후강을 통해 반대측 경부까지 뻗어 있었다. 우측의 종괴를 박리한 후 계속하여 둔한 박리를 진행하자 좌측의 종괴도 어려움 없이 박리되어 약 15±15cm 크기, 210g 중량의 피낭형성이 잘 된 연부종괴를 적출할 수 있었다 (Fig. 2). 술후 환자의 상태는 양호하였고 술후 8일째

Fig. 1. Neck CT shows multilobulated fatty density mass in retropharyngeal space, which displaces SCM muscle and carotid sheath laterally.

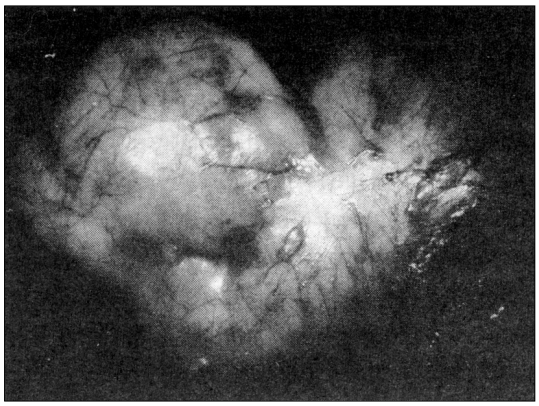

Fig. 2. The specimen is about 15×15cm sized, 210gram weighted well encapsulated soft mass.

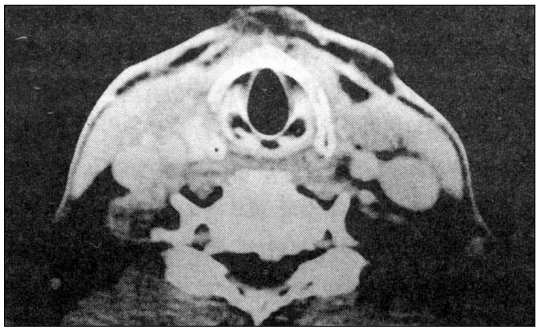

Fig. 3. Neck CT(postop. 1 month) shows normal findings.

발사(stich out)와 기관절개봉합술 시행후 11일째 퇴원하였다. 술후 1개월에 시행한 전산화 단층촬영소견을 정상이었다(Fig. 3). 적출된 종괴의 병리조직 소견은 양성 지방종이었다(Fig. 4).

증 례 2 :

4세 남자 환자로 약 2년간의 이하선 부위의 종괴를 주소로 본원에 내원하였다. 과거력상 특이소견 없었으며 이학적 소견상 좌측 이하선 부위에 약 4×3cm 크기의 유동성, 무통성 종괴와 좌측 하악골의 측부 편위 소견을 관찰할 수 있었고 구강내 팽대, 안면신경마비, 저작곤란 등의 소견은 없었다. 초음파 검사상 비균질성의 밝은 음영이 좌측 협부에서 관찰되었고 주위의 지방 조직과는 분리가 잘 되지 않으나 이하선과는 분리가 되는 지방종이 의심되는 소견을 보였다. 이하선부 C-T 촬영상 좌측 부인두강(parapharyngeal space)에서 발생한 것으로 보이는 지방밀도의 병소가 좌측 이하선 심엽을 외측과 후방으로 전위 시키며 좌측 이하선 협부까지 팽대 되어 있었고 좌측 저작근과 이하선을 압박하여 종이장 모양의 얇은 두께를 보여주고 있다. 또한 좌측 하악골과 하악골지의 후부가 좌측 편위되어 있어 만성압박을 받고 있는 것으로 생각되었다(Fig. 5). 일반적 술전 검사는 정상잉서고 흉부 X선 검사상 좌측 기관지 폐렴 소견 의심되어 있어 소아과에서 야가 1주간 치료 받았으며, 완치후 수술적 치료를 하였다.

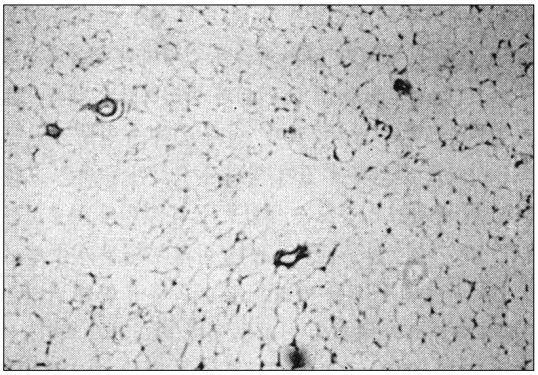

Fig. 4. The pathology of the specimen confirms the benign lipoma ; adult fat cell grouped in lobules by vascular connective septa.

전신 마취하에 좌측 하악골 하연을 따라 2cm 간격을 두고, 약 10cm 길이의 수평 피부절개를 한 후 활경근의 심부면을 박리한 후 거상하였다. 피부절개면과 평행하게 심경부근막을 절개하자 피낭이 잘 형성되어 있는 원형의 황색 종괴가 노출되었다. 종괴를 악하선과 흉쇄유돌근으로 부터 박리하여 부인두강의 종괴를 손가락을 이용하여 용이하게 박리하였다. 외측의 종괴는 이하선의 내면과 유착되어 있어 이하선과 안면신경을 위로 견인한 후 이하선 및 주위조직으로 부터 박리 하였다. 종괴는 하악골의 내, 외측면에 붙어 있었고 좌측 부인두극까지 뻗어 있었다. 종괴의 상연은 외이도의 연골하연가지 뻗어 있어 그 부위에서 종괴경

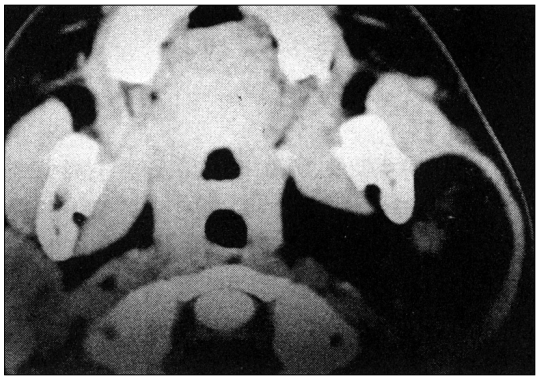

Fig. 5. Parotid CT shows that fatty density mass lesion in Lt. parapahryngeal space displace the deep lobe of the Lt. parotid gland postero-laterally, and extends to parotid isthmus portion.

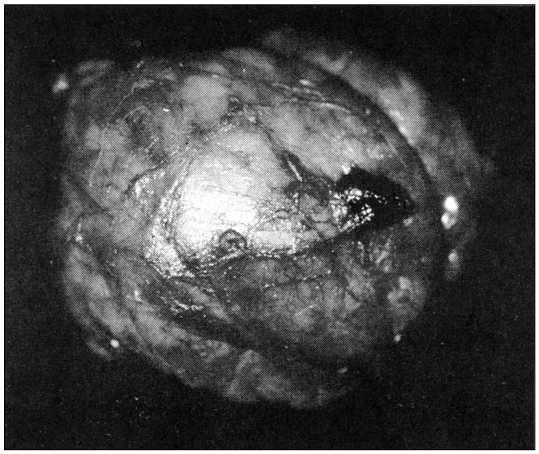

Fig. 6. The specimen is about 7×5cm sized, well encapsulated soft mass.

을 결찰한 후 제거하였다(Fig. 6). 술후 환자의 상태는 양호하였고 술후 6일째 발사 후 퇴원하였다. 적출된 종괴의 크기는 7×5cm 이었고 병리조직 소견은 지방종이었다.

증 례 3 :

58세 남자환자로 약 7년간의 애성과 인후두의 불편감을 주소로 내원하였다. 과거력 및 가족력상 특이소견은 없었으며 이학적 검사상 하인두 및 후두의 이상 소견은 없었다. 후두 및 경부 전산화 단층 촬영 소견은 후두의 윤상연골 부위에서 주로 좌측에 치우쳐 있는 지방질 음영의 종괴가 식도 후방과 인두후강에서 관찰되었으며(Fig. 7), 이 종괴는 하방으로 확장하여 흉골부위 및 후종격동까지 침범하고 있었다(Fig. 8). 외측으로는 좌측에서 경동맥초의 구조물 들을 외측으로 전위시키고 있었다. 그 이외의 두경부 이학적 소견은 정상이었다. 인두후강에서 발생한 지방종을 의심하고 수술적 치료를 권유하였으나 개흉술의 필요성에 동의하지 못하고 치료를 포기하였다.

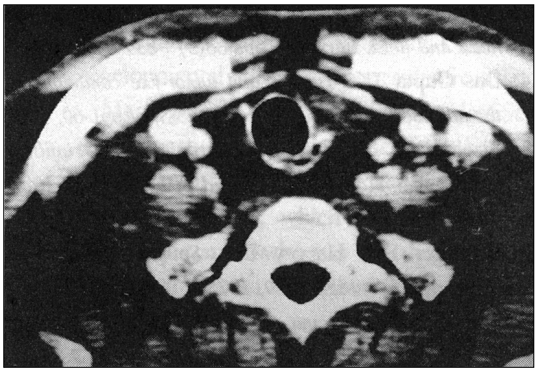

Fig. 7. Neck CT shows fat density mass in retropharyngeal space and posterior to the esophagus.

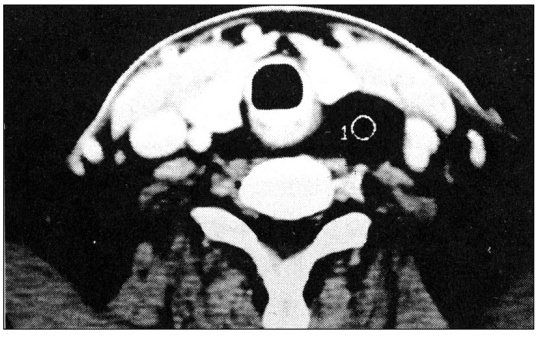

Fig. 8. The mass extends to posterior mediastinum and sternum inferiorly.

고 안

지방종은 피하 혹은 점막하에서 발생하는 지방세포로 구성된 양성종양으로, 피막이 잘 형성되어 주위 조직과의 경계가 뚜렷한 양상을 보인다[3)10)]. 두경부에 발생하는 지방종의 빈도는 많지 않으며 이 곳의 지방종도 다른 부위와 마찬가지로 피하에 발생하는 것이 대부분이다[4)5)].

두경부 영역에서의 지방종은 피하에 발생하는 것을 제외하면 구강에 가장 호발하며 이는 정상적으로 구강의 혀, 구강저, 구개, 입술, 협부점막에 지방조직이 많기 때문으로 생각된다[7)]. 구강의 지방종은 대개 점막하층에 둥글고, 부드러운 무통의 종괴를 형성하는데 이 중에는 pedicle 혹은 stalk이 있는 경우도 있으며 지방종이 아닌 지방종양 종괴(lipomatoid mass)도 있다[7)]. 구강내에서는 협부점막에 가장 흔히 발생한다. 기타 상기도에 발생하는 점막하 지방종은 구개편도, 하인두벽, 피열후두개주름(aryepiglottic fold)에 발생할 수 있다.

인두에 발생하는 지방종은 비인두, 후인두, 하인두, 외인두종으로 분류할 수 있는데 Putney and Fry(1940) 등 15예, McFarland(1948), M Younus(1980) 등이 각각 1예의 후인두 지방종을 기술하였고 Paulsen (1972)이 인후두부 종양 3예를 기술하였다[11)].

임상적으로 인두 주위에 발생하는 지방종은 수년간에 걸쳐 서서히 증대되며 인두벽의 평활한 팽대 소견을 보이며, 경도(consistency)는 지방종의 섬유조직양에 따라 다른데, 대개는 견고한 편이지만 때로는 아주 유연하여 농양으로 오인될 때도 있다. 초기 임상증상으로는 아무런 증상도 나타나지 않는 수가 많으나, 종양이 커지게 되면 연하시 인두 충만감 및 폐색감을 호소하고, 때로는 호흡곤란이나 발작적 기침 연하곤란 등을 나타내기도 한다[1)]. 특히 복와위시 종양의 팽대에 의한 후두 압박으로 발성곤란이 생기기도 한다[8)],

부인두강에 발생한 증례 2에서는 이하선 부위의 종괴가 주 증상이었으나 인두후강에 발생한 2례에서는 인두불편감, 애성 등을 호소하였다. 진단은 국소소견 및 임상증상으로 추정할 수 있으며, 컴퓨터 단층촬영을 시행하면 조영제를 투과시키지 않는 균일한 저밀도(Hounsfield units −80 to −100)의 주위와 경계가 뚜렷한 종괴를 보인다[10]. 단층촬영상의 소견은 경부강에 발생하므로 각 해부학적 potential space를 따라 커지게 되며, 주위 조직과의 관계는 침투하기(infiltrative) 보다는 압박하는(compressive) 소견을 보이는 것이 특징이다.

병리 조직검사를 시행하여 확진하며, 병리소견으로는 지방종괴가 점막하층의 소성 결합조직내에 섬유성 피낭으로 잘 싸여 있으며 지방세포는 지지세포인 섬유성 결체조직과 혈관 등에 의해 여러 수엽으로 불규칙하게 분리되어 있다[6][7].

지방종의 발생 원인에 대해서 Das Gupta에 따르면 비만과 지방조직의 국소 성장에 의한 지방조직의 증식성이 있는데[4], 이것은 지방조직이 원래 존재하는 이하선, 몸통, 하지 등에서 그 설명이 가능하나 지방조직이 없는 부위에서의 발생에 대해서는 설명이 불가능하다. Ashley는 간엽세포의 지방 배세포로의 변형설을 주장하였고[2], Lin등은 지방종은 선천적인 것으로 태생기의 잠재되어 있는 다형성 배세포가 여러 가지 인자에 의해 활성, 분화되는 것으로 설명하였다. 이 종양의 유발요소로서는 국소적 손상이나 염증이 인두벽의 점막하층내 탄성섬유의 손상을 초래하고 개인의 체질과 갑상선 및 생식선이 함께 관여하는 신경호르몬 인자와 관련을 갖고 있다고 보고하였다[9].

치료는 수술적 적출법이며 점막하에 발생하는 지방종은 보통 피막에 잘 싸여 있으므로 비교적 적출이 용이하나 박리증 피막을 손상치 않는 것이 중요하다[7]. 박리는 예리한 박리(sharp dissection)보다는 둔한 박리(blunt dissection) 하는 것이 좋다. 증례 1과 같이 인두후강에 발생하여 양쪽으로 팽대된 경우에도 박리가 용이하여 편측의 절개만으로도 적출할 수 있었으므로 반대쪽의 절개는 수술의 진행에 따라 고려를 해도 될 것으로 생각 되었다. 술증 출혈은 거의 없으며 예후가 좋아 재발 및 악성변화도 드물다[1][7].

결 론

두경부에 발생하는 지방종 중 인두강과 부인두강에 발생하는 것은 비교적 드문 것으로 되어 있다. 저자들은 후인두강에 발생한 2례와 부인두강에 발생한 1례의 지방종을 경험하였기에 임상적 특징 및 수술적 경험을 문헌고찰과 함께 보고하는 바이다.

References

1) 양초영 : 구개편도에 발생한 지방종 *1*례. 한이인지 *24(3) : 408-410, 1981*
2) Ashley DJB : *Evans histological appearances of tumors. 3rd Ed. Edinburgh, Livingstone, 0054, 1978*
3) Bennhoff DF, Wood JW : *Infiltrating lipoma of the head and neck. Laryngoscope 88(5) : 839-848, 1978*
4) Das Gupta TK : *Tumors and tumor-like conditions of the adipose tissue(Review) Curr Prob Surg pp1-60, 1979*
5) Eisele DW, Landis GH : *Retropharyngeal infiltrating lipoma-A case report. Head & Neck Wurg 10(6) : 416-421, 1988*
6) Enzinger FM, Harvey DA : *Spindle cell lipoma. Cancer 36(5) : 1852-1859, 1975*
7) Hatziotis JC : *Lipoma of the oral cavity. Oral Surg 31(4) : 511-523, 1971*
8) Kenefick TC : *Retropharyngeal lipoma. J Laryngol Otol 88(8) : 805-808, 1974*
9) Lin JJ, Lin F : *Two entities in angiolipoma. Cancer 34(3) : 720-727, 1974*
10) Pelissier A, Sawaf MH, Shabana AH : *Infiltrating (Intramuscular) benign lipoma of the head and neck. J Oral Maxillofac Surg 49(12) : 1231-1236, 1991*
11) Younus M : *Retropharyngeal lipoma. J Laryngol Otol 94 : 321-325, 1980*